Ueber die Wanderniere und deren Behandlung durch die Nephropexie.

■ ■ ■

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Peter Osenstätter
Medizinalpraktikant.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

■ ■ ■

München 1912
RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Geheimrat Professor Dr. v. Angerer.

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548303_0079

Pathologisch-anatomisch findet sich bei Nephroptose oft Erweiterung oder Schwund der Fettkapsel, so daß sich das Organ innerhalb derselben bewegt. In andern Fällen ist die Niere samt der Kapsel gesunken, die Bewegungen erfolgen dann zwischen Peritoneum und Fascia transversa. In beiden Fällen muß das Bindegewebe zwischen den letztgenannten Häuten ausgezogen und verdrängt sein. Eine weitere Modification bietet die sogenannte Mesonephronbildung, wobei die Niere das Peritoneum vor sich herstülpt, so daß in den höchsten Graden das Bauchfell auch den Nierenstiel einhüllt. Das sind Fälle, bei denen das Organ beweglich ist und den Namen „Wanderniere" am ehesten verdient. Die Nebennieren trennen sich meist von der Niere und bleiben am normalen Platze liegen.

Die gesunkene Niere kann secundär auch wieder fixiert werden, und zwar an den verschiedensten Stellen. Sie kann hinter dem Duodeum, seitlich von den Wirbelkörpern anwachsen, dann auch an die Leber, an die Gallenblase gelötet sein. Ursprünglich sehr bewegliche Nieren werden im großen Becken z. B. an eine Darmbeinschaufel, ja auch an die vordere Bauchwand adhaerent gefunden. Dabei sind Verwachsungen anderer Organe unter einander keine Seltenheit. Die Leber kann im alten Nierenbett festsitzen, sie oder die Gallenblase verklebt mit der Flexura coli, dem Duodenum, sogar mit dem Pylorns.

Ein häufiger Befund bei Nephroptose ist ein erweiterter Magen, Tiefstand desselben und auch anderer Baucheingeweide. Dazu kommt oft noch Cholelithiasis und eine entzündliche Affection des Appendix.

Wolkow und Delitzin weisen darauf hin, daß sich bei Wanderniere eine Abflachung der paravertebralen Nischen, in denen die Nieren für gewöhnlich liegen, feststellen läßt. Normalerweise sind diese tief und verengern sich nach unten trichterförmig. Eine mehr cylindrische Form ist bei Frauen allerdings noch als normal aufzufassen. Noch weiter geht Stiller, der bei Nephroptose einen habitus asthenims findet, der sich pathologisch anatomisch mit dem habitus phthisims deckt, mit seinem wenig tiefen Thorax seinen steil nach unten verlaufenden Rippen, dem spitzen epigastrischen Winkel und dem allgemeinen gracilen Körperbau. Als ein besonderes Merkzeichen nimmt er die costa decima fluctuans, die bei diesem Typus niemals fehle.

Daß bei Verkrümmungen der Wirbelsäule auch eine Verlagerung der Niere vorkommt, darf, da die normale Configuration des Skeletts ganz verändert ist, nicht Wunder nehmen.

Verhältnismäßig selten ist das gesunkene Organ selbst pathologisch verändert. Atrophien, venöse Stauung, entzündliche Vorgänge, besonders Erweiterung des Nierenbeckens, auch Steinniere sind dabei beobachtet worden.

Was die Häufigkeit der Wanderniere bei beiden Geschlechtern betrifft, stellt der Mann nur einen ganz geringen Procentsatz. Weitaus in der Mehrzahl sind die weiblichen Patienten.

In den meisten Fällen ist ferner die rechte Niere allein ptotisch, selten beide und in ganz vereinzelnten nur die linke Niere.

Viele der oben angeführten Befunde sind von Wichtigkeit sowohl für die Auffassung der Aetiologie der Renoptose, wie für deren Symptomatologie.

Was die Aetiologie anbelangt, findet man bei den verschiedenen Autoren ganz differente Erklärungen, von der Annahme eines rein traumatischen Ursprungs bis zu der einer congenitalen Anlage.

Zur ersteren Ansicht hat wohl die Häufigkeit der Angabe von Patienten geführt, die ihr Leiden auf ein Trauma, auf eine plötzliche energische Anstrengung oder häufig sich wiederholende mechanische Körperschädigungen zurückführen. Während nun einige Autoren eine acute Dehnung der Aufhängeapparate der Niere, aus der eine bleibende Dislocation der Niere resultiert für möglich halten, leugnen andere wieder diese Möglichkeit, geben aber zu, daß chronische Zerrungen an dem Befestigungsapparat dies vermögen. Unter diesen chronischen Einflüssen sind besonders Reiten, Preßwehen, Drängen beim Stuhlgang, Husten, andauernd schweres Heben, vor allem das Schnüren mit Korsetts, Leibchen und Rockbändern hervorzuheben. Beim Reiten sind nach Küster die Frauen vor allem einer üblen Wirkung ausgesetzt, indem zu der Erschütterung noch der schiefe Sitz dazukommt. Dadurch wird die Darmbeinschaufel den Rippen genähert, die Nierennische also verengt, das Zwerchfell tritt infolge der gesteigerten Inspiration tiefer, es kommt noch eine straffere Contraction der Bauchdecken zustande. Durch diese Faktoren wird die Niere aus ihrem Lager herausgequetscht. Bei chronischen Anstrengungen durch Heben etc., spielen nach dem gleichen Autor die beweglichen unteren Rippen eine große Rolle, indem durch die Contraction der Muskeln diese Rippen nach abwärts gezogen werden, wodurch ebenfalls eine Einengung der Nierennische erfolgt. Für das öftere Vorkommen der rechtsseitigen Wanderniere wird in diesem Falle die Rechtshändigkeit herangezogen, bei der die rechte Lendenmuskulatur stärker in Anspruch genommen werde. Ob dies stimmt, möchte ich dahingestellt sein lassen, da doch bei Anstrengung des rechten Armes,

des R. Schultergürtels und dabei des R. Beines zur Erhaltung des Gleichgewichts die linke Lenden-, Bauch- und Rückenmuskulatur mehr in Anspruch genommen sein dürfte.

Dem Schnüren, das bei Frauen so häufig geübt wird, wird sehr oft die Mobilisation der Niere zugeschoben. Manche glauben nicht, daß dabei eine Compression des starren Thorax zustande kommt. Das Vorkommen der Schnürleber spricht jedoch dafür. Die Autoren, die eine solche Druckwirkung annehmen, haben gleichzeitig eine gute Handhabe, das öftere Vorkommen der Renoptose auf der rechten Seite und beim weiblichen Geschlecht zu erklären. Durch das Schnüren des Thorax werden die Eingeweide zunächst nach hinten gedrückt. Links finden sich außer der Milz nur gashaltige Organe, die ihren Inhalt nach allen Seiten hin verschieben können und daher keinen wesentlichen Druck auf die Niere ausüben. Rechts dagegen liegt die große Masse der Leber, die wenn auch nicht ganz fest, durch ihre Anheftung und ihre Kapsel am Ausweichen doch stark behindert ist. Ein solches findet im gewissen Grade auch statt, indem bei Schnürleibern der rechte Leberlappen oft lang nach unten ausgezogen wird. Die Hauptmasse der Leber wird aber doch nach hinten geschoben und hat, da sie sich zum Teil auch oberhalb der Niere befindet, einen günstigen Angriffspunkt, dieselbe nach unten zu drücken. Dazu kommt noch, daß der bindegewebige Aufhängeapparat der R. Niere schwächer ist, wie der der Linken, was ja im allgemeinen das Auftreten der rechten Renopzose begünstigt.

Unter die traumatischen Entstehungsweisen werden noch häufige Geburten oder Ascites mit daraus resultierenden schlaffen Bauchdecken gezählt. Die Autoren gehen davon aus, daß ein großer Faktor für die Fixierung der Niere der intraabdominell Druck sei, der normal positiv oder wenigstens gleich dem Atmosphärendruck sei. Auch wurden normale Bauchdecken mit einer Binde verglichen, welche durch eine Pelotte, nämlich die Därme die Nieren fixiert erhalten. Durch die Erschlaffung sinkt nun der Druck und die Nieren senken sich entsprechend ihrer Schwere nach abwärts.

Noch in anderem Zusammenhang werden Wanderniere und gedehnte Bauchwände gebracht. Infolge deren Schlaffheit können sich die Darmgase stark ausdehnen. Die gedehnten Darmschlingen haben nicht die Kraft, die Ingesta genügend vorwärts zu bewegen, so daß Coprostase entsteht. Durch die überfüllten Därme werden die Baucheingeweide und mit ihnen die Nieren herabgezogen.

Das congenitale Moment für die Entstehungsweise der Renoptose führen z. B. Wolkow und Deletzin an. Nach ihnen ist das Primäre die seichte congenitale Nierennische, Leute mit einer solchen disponieren zur Senkung, weil der Halt, den die

Niere in dem normal sich nach unten verengenden Lager hat, fehlt. Alle oben angeführten Ursachen kommen nur als auslösende Momente in Betracht, insoferne für diese Nieren bei geringen körperlichen Ansprüchen der Bandapparat ausreicht, bei erhöhten Anforderungen jedoch versagt.

Für Stiller sind auch diese anatomischen Anlagen nicht ausschlaggebend, sondern eine allgemeine Gewebsinsufficienz. Diese betrifft nicht nur das Bindegewebe, sondern auch die Muskulatur, das Drüsengewebe und in gewissem Sinne auch das Nervengewebe. Bei seinem asthenischen Typus zeige das Nervensystem eine leichte Reizbarkeit, ermüde aber auch sehr leicht, weshalb bei den Patienten sehr oft die Symptome der Neurasthenie vorhanden seien. Die Muskulatur sei schlaff, ebenso der Bandapparat des Skeletts, wodurch auch die oben geschilderte Thoraxform entstünde. Die glatte Muskulatur habe nicht den Tonus der normalen, weshalb z. B. der Magen nicht imstande sei, sich eng seinem Inhalt, wie normal, anzuschließen, sondern durch dessen Schwere gedehnt werde. Durch diese ständige Dehnung können schließlich eine stationäre Magenerweiterung hervorgerufen werden. Die Drüsen des Magens zeitigen bei solchen Individuen fast stets die Anomatie der Hyperacidität. Der schwache Bindegewebsapparat zeige sich den normalen Anforderungen kaum gewachsen, weshalb Ptosen verschiedener Bauchorgane zu den obligaten Befunden bei Asthenie gehören. Die Renoptose gehöre auch dazu, werde in seltenen Fällen allein, meist mit anderen Ptosen combiniert getroffen. Ein von Natur aus so ausgestattetes Wesen sei gegen angeführte Insulten natürlich weniger widerstandsfähig, wie ein normales. Jene Ursachen seien aber nur als auslösendes Moment aufzufassen.

Die Form des Thorax wird von Stiller auch als Erklärung angeführt, warum die einen Frauen durch Schnüren eine Wanderniere acquirieren, die andern aber nicht, selbst nicht beim excessivsten. Die Schnürfurche trifft den langen asthenischen Thorax verhältnismäßig hoch oben, drückt direct auf die Leber und dadurch auch auf die Niere. Bei dem gewöhnlichen kürzeren Brustkorb dagegen trifft die Furche eine mehr tiefer gelegene Stelle. Die in diesem Falle oberhalb derselben liegende Hauptmasse der Leber und die Niere werden mehr unter das Zwerchfell hinauf als in den Bauchraum hinab geschoben.

Bei nicht asthenischen Individuen gibt Stiller auch eine traumatische Renoptose zu, besonders die Form mit Hängebauch, der durch Geburten erworben, eine Enteroptose bewirken könne (Landau), nur sei sie recht selten.

Gegenüber oben angeführten Erklärungsversuchen treten solche zurück, die eine Gewichtszunahme der Niere, Hydronephrose oder Geschwulstbildung als Ursache annehmen, indem

erstere eher durch die Wanderniere hervorgerufen sein dürfte, bei letzterer meist durch Entzündung des umliegenden Gewebes stramme Verwachsungen auftreten, die ein Sinken des Organs wohl verhindern können. Die Niere wird in dem Fall eben durch ihre Größe palpabel. Auch der Zug von Prolapsen am Ureter dürfte wenig ausmachen, da dieser nicht gerade verläuft, also erst gestreckt werden müßte, andererseits ein nachgiebiges Rohr darstellt, daß sich wohl eher dehnen läßt, als daß es einen ausgiebigen Zug ausübte.

Wenn man von Symptomen der Wanderniere reden will, wird es oft schwer fallen, sie schärfer abzugrenzen von Erscheinungen, die auch von Veränderungen an anderen Organen hervorgerufen werden können, wie sie ja bei Renoptose häufig beobachtet werden. Für gewöhnlich klagen die Kranken über Schmerzen in der betreffenden Lumbalgegend, die nach der Leber, der vorderen Bauchgegend den Genitalien, nach dem Kreuz, der Brust, auch der Schulter ausstrahlen können. Parästhesien und Krämpfe in dem betreffenden Bein, auch Sensationen auf der gegenüberliegenden Körperhälfte werden angegeben. Druck auf die Nerven, Zerrungen des Bauchfells, Entzündungen desselben durch Insultation von Seiten der beweglichen Niere wurden als Erklärung der Beschwerden angeführt. Am besten werden diese verschiedenartigen Symptome wohl durch die Annahme einer Zerrung des Plexus renalis gedeutet, von dem aus infolge seiner Nervenverbindungen Schmerzen nach den verschiedenen Seiten ausstrahlen und auch in ganz entgegengesetzte Regionen verlegt werden können.

Sehr auffällig ist bei der Renoptose die oftmalige Beteiligung des Intestinaltractes. Dyspepsien, häufiges Erbrechen, Obstipation werden in der Anamnese vielfach angegeben. Auch Schmerzen in der Leber, Stauungen der Gallenblase, Auftreten von Ikterus findet man so oft damit vergesellschaftet, daß an eine Abhängigkeit des einen Leidens von dem andern gedacht wurde.

Die Dyspepsien führt man auf einen Katarrh des Magens zurück, der anatomisch häufig festgestellt wurde. Wie kommt nun der zustande? Die Wanderniere drückt auf das Duodenum, so daß die Ingesta die verengte Stelle nicht passieren können. Es kommt zur Rückstauung, die eine Erweiterung aller oberhalb der Stenose gelegenen Abschnitte bewirken kann. Die stagnierenden Speisen gähren, die Gährungsprodukte reizen die Schleimhaut und verursachen einen Katarrh sowohl des Magens wie des abgesperrten Duodenums. Durch die Stauung ist gleichzeitig das Erbrechen erklärt. Durch den Duodenalkatarrh der Ikterus. Für letzteren kommt auch noch eine andere Ursache in Erwägung, nämlich direkte Compression der ausführenden Gallenwege durch die bewegliche Niere. Diese steht nämlich durch

eine mit Bindegewebe verstärkte Peritonalfalte mit dem Duodenum beziehungsweise dem ligamentum hepatoduodenale in Verbindung. Wird dieses nun gezerrt, so kann eine Compression der in dem Ligament verlaufenden Gallenwege zustande kommen.

Noch eine andere Auslegung für Magen- und Gallenflußstörung gibt es, die aber nicht bei der Wanderniere, sondern bei der dabei oft vorkommenden Magenptose ansetzt. Darnach ist die Magensenkung nicht ein durch die Wander-Niere hervorgerufenes, sondern ein ihr beigeordnetes Leiden. Durch diese Gastroptose werde das ziemlich fest fixierte Duodenum geknickt und die Stauung ausgelöst.

Die Cholelittiasis erklärt sich aus einem Katarrh, der vom Duodenum nach der Gallenblase fortgeleitet wurde.

Als Grund für die Coprostase wird ebenfalls Druckstenose durch das bewegliche Organ, andrerseits ein neben der Renoptose bestehender Tiefstand der Därme angesehen. Dazu kommt in letzterem Falle noch die Annahme einer angeborenen Schwäche der Darmmuskulatur. Auch kann noch der Mangel einer Anregung zur Entleerung infolge Schlaffheit der Bauchdecken herangezogen werden. Ist Gallenretention vorhanden, so gilt dies auch als ursächliches Moment, weil der Galle eine Anregung zur Peristaltik zugeschrieben wird.

Für manche Fälle mit obengenannten Erscheinungen seitens des Magendarmkanals und der Leber können auch Verwachsungen verantwortlich gemacht werden, die durch den Reiz der verlagerten Niere hervorgerufen wurden.

Eine Tatsache möchte ich noch erwähnen, nämlich das häufige Auftreten von Störungen von Seiten des Appendix bei Wanderniere. Edebohls erklärt es so: Die bewegliche Niere drückt auf Duodenum und Pankreas. Vor dem Querteil des Duodenums verläuft die Vena mesenterica superior, die auch das vom processus vermiformis kommende Blut aufnimmt. Durch den Druck der Niere entsteht eine venöse Stauung im processus, die sehr leicht zu weiteren Störungen Anlaß gibt. Dabei müßte aber die Stauung ziemlich stark und andauernd sein, denn nach den Forschungen von Bier wirkt eine nicht zu starke venöse Stauung zwar entzündungsfördernd, läßt aber gerade dadurch die verderbliche Wirkung von Bakterien weniger aufkommen.

Als besonders der Wanderniere zuzuteilende Symptome sind die unter dem Namen Niereneinklemmung und Hydronephrose bekannten Erscheinungen. Bei ersterer treten starke Schmerzen im Leib, überallhin ausstrahlend, Erbrechen, Fieber, Zustände von Angina pectoris, im letzteren Falle treten ebenfalls Schmerzen im Leib auf und ferner kommt es zu einer Verminderung der Harnentleerung, die nach dem Abklingen der Erscheinungen einer Polyurie Platz macht. Ersteres Symptom wird erklärt durch eine Torsion der Niere, wodurch die Venen des Hilus

abgeklemmt werden. Es kommt zur venösen Stauung, die Niere vergrößert sich und die Kapsel wird intensiv gespannt. Vielleicht kommt auch eine Dehnung des Peritoneums dazu. Die Hydronephrose entsteht in unserem Falle durch Abknickung des Ureters. Sowohl durch dessen, wie des Nierenbeckens Dehnung, auch vielleicht durch Zerrung am Peritoneum sind die Schmerzen zu erklären. Kommt es zur vollkommenen Anurie, so muß man einen reflectorischen Spasmus des andern Ureters annehmen.

Es wird schwer halten, klinisch die Erscheinungen der Niereneinklemmung und der Hdronephrose scharf abzugrenzen, da sie wohl infolge ihrer gleichen Ursache oft genug gleichzeitig vorkommen werden.

Ein besonderes Kapitel verlangten eigentlich die bei Renoptose vorkommenden nervösen Symptome. Was ist hier Ursache und was Wirkung? Sind die nervösen Störungen von der Wanderniere hervorgerufen oder werden die Störungen, die sie verursacht, nur deshalb so stark empfunden, weil das Nervensystem für zwar abnorme aber verhältnismäßig geringe Reizungen in erhöhtem Grade leitungs- und perseptionsfähig ist? Man möchte fast zu letzterer Auffassung neigen, weil solche Patienten außer ihrer Empfindlichkeit auch oft noch andere Symptome der Hysteroneurathemie aufweisen.

Die Diagnose der Wanderniere wird hauptsächlich durch die Palpation gestellt. Da bei Rückenlage die Niere in ihr altes Bett zurücksinken kann, untersucht man im Stehen oder Sitzen. Ist Obstipation vorhanden, so muß erst entleert werden, weil der volle Leib ein tiefes Palpieren verhindert. Da die Patienten im Stehen den Leib oft nicht erschlaffen lassen, wurde der Rat gegeben, der Arzt soll sich setzen und die Beine des stehenden Patienten zwischen seine Knie einklemmen. Der zu Untersuchende hat nun einen festern Stützpunkt und kann den Leib eher locker lassen. Eine Renoptose ist dann vorhanden, wenn die inspiratorisch tiefertretende Niere bei der Expiration nicht wieder hochgeht. Typisch ist ein Zurückgleiten der Niere nach oben und außen bei Druck von unten. In fortgeschrittenen Fällen kann man das ganze Organ abtasten, seine Contouren erkennen, manchmal fühlt man auch die Hilusgefäße pulsieren. Bei Druck auf die Wanderniere ist ein specifischer Druckschmerz vorhanden, der ähnlich dem bei Hodendruck sein soll.

Im Zeitalter der Röntgenstrahlen wurde natürlich auch dieses Hilfsmittel zur Diagnose herangezogen. Bei einfacher Durchleuchtung sind die Nierenschatten undeutlich zu erkennen, weshalb man dabei die Lendengegend meist mit einer Blende comprimiert. Dadurch kann aber eine Verschiebung der Niere entstehen, weshalb das Verfahren nicht ganz einwandfrei ist. Ein andres ist vielleicht sicherer, aber dafür auch kompliciert, weil

dabei Ureteren und Nierenbecken mittels Ureterenkathederismus mit 2 - 5prozentiger Collargollösung gefüllt werden müssen. Dies Verfahren dürfte auch manchen Aufschluß geben, wenn differenzialdiagnostisch ein ausgezogener Leberlappen oder Bauchtumoren, wie solche der Leber, der Gallenblase, des Colons, des Pylorus in Betracht kommen, die bisweilen eine ganz gute Verschieblichkeit aufweisen. Man wird ja häufig mit der Aufblähung des Dickdarms, wobei der Darm deutlich nach vorn, die Niere nach hinten gedrängt wird, auskommen, oder die Tumoren werden sich durch besondere Lokalisierung deuten lassen, wenn dagegen Verwachsungen der Niere z. B. mit der Leber oder Gallenblase oder der rechten Flexur bestehen, wird es oft sehr schwer zu entscheiden sein, ob ein Tumor des Organs oder seine secundär fixierte Wanderniere vorliegt. In solchen Fällen dürfte die Feststellung der Lage des Nierenbeckens eine günstige Handhabe zur Klarlegung bieten.

Die Prognose der Renoptose ist nicht leicht. Eine Wanderniere, selbst wenn sie hochgradig ist, braucht keine Beschwerden zu machen und kann das ganze Leben durch einen gutartigen Zustand darstellen. Andrerseits werden Patienten mit geringen Graden von heftigen Schmerzen heimgesucht und bringen ihre Beschwerden das ganze Leben nicht los. Manchmal werden die Symptome weniger, wenn die Niere noch tiefer tritt, Magen- und Leberleiden erfahren eine wesentliche Besserung. Man bringt dies damit in Zusammenhang, daß die Niere beim weitern Sinken aus dem Bereich des Duodenums kommt. Mit dieser größern Senkung steigt aber auch der Grad der Beweglichkeit und bei solchen Nieren ist eine erhöhte Gefahr durch Stieldrehung vorhanden. Mechanische Einwirkungen sollen nicht nur für die Entstehung von Belang sein, sie sollen auch bei bisher symptomlosen Renoptosen heftige Beschwerden auslösen können, sodaß die Prognose für Leute, die sich wenig schonen können, schlechter wäre.

Wenn mit Wanderniere hysteroneurathenische Erscheinungen verbunden sind, kann man hoffen, daß sowohl diese und damit auch die andern Beschwerden mit steigendem Alter sich bessern werden.

In der Therapie unterscheidet man ein prophylaktisches, ein conservatives und ein operatives Verfahren. Bei Personen mit schwächlichem Körperbau oder solchen mit leichten Ptosen wird man alle schädigenden Momente möglichst fernhalten. Von großer Wichtigkeit ist eine allgemeine roborierende Behandlung, unter Umständen ist eine Psychotherapie am Platze.

Bei dem conservativen Verfahren werden meist Instrumente gebraucht, die darauf berechnet sind, schlaffe Bauchdecken zu verstärken, vom Corsett bis zur einfachen Flanellbinde. Am meisten benützt werden gut angepaßte Gummibandagen, z. B.

die nach Brako. Von dem Gebrauch der Pelotten ist man abgekommen. Diese sollten durch directen Druck durch Bauchwand und Därme, die Niere am rechten Ort festhalten. Doch machte nun die Feder so, daß ihr Druck nicht zu unangenehm wurde, dann war die Kraft zu gering. Machte man den Druck für die Absicht genügend stark, so entledigte sich der Patient bald seines Marterwerkzeugs. Uebrigens fürchtete man von den Pelotten auch noch, daß sie Niereneinklemmungen hervorrufen könnten.

Durch das 3. Verfahren wird bezweckt, die Niere operativ zu fixieren. Die Exstirpation eines an sich gesunden Organs, das die Wanderniere meist darstellt, ist früher öfter gemacht worden, wird jetzt aber nur in solchen Fällen angewandt, bei denen eine Erkrankung des Organs diesen Eingriff wirklich berechtigt. Dazu ist die Indication klar. Großen Meinungsverschiedenheiten aber begegnet man bei der Frage, in welchen Fällen die Nephropexie ausgeführt werden soll. Während z. B. Israel und Tuffier auf dem Standpunkt stehen, nur Patienten mit Niereneinklemmungserscheinungen und Hydronephrose zu operieren, sind andre z. B. Küster der Ansicht, alle Wandernieren, auch die mit neurasthenischen Symptomen verquickten, so zu behandeln, und zwar möglichst früh, daß die durch die Renoptose hervorgerufenen Erscheinungen nicht imstande wären, das Nervensystem zu erschüttern, so daß selbst nach Aufhebung der eigentlichen Ursache die Nervenstörungen als selbständiges Leiden bestehen bleiben. Die Indicationsstellung, welche die Mitte zwischen diesen Extremen einhält, ist die: Wandernieren, welche größere Beschwerden machen, die einem conservativen Verfahren nicht weichen, operativ anzugreifen.

Bei der Fixation sind sich die einzelnen Autoren durchaus nicht einig über den Ort, an dem die Niere angenäht werden soll. Die einen wollen sie an dem Ort, an welchem sie bei Repositionsversuchen die wenigsten Beschwerden macht, fixieren, in der Annahme, daß sich der Pat. an diese Nierenlage gewöhnt habe, daß infolge dessen neuerdings Schmerzen verursacht würden, wenn man sie anderswo, selbst auch am normalen Platz befestigte. Andre wollen sie möglichst hoch lagern, weil doch eine leichte Senkung eintrete und dann die Niere am normalen Platz fest liegen bleibe. Die Anhänger letzterer Ansicht sind nicht zahlreich, da bei diesen Verfahren die Heilungsaussichten infolge des fortwährenden verstärkten Insultes seitens des Zwerchfell bei der Atmung gering sind. Und ist die Niere wenig gelockert, so kann auch leichter wieder eine tiefere Senkung eintreten. Die Mehrzahl der Operateure ist der Ansicht, das Organ möglichst am normalen Platze zu fixieren, weil dabei am meisten Garantie für eine normale Funktion besteht.

An Operationsmethoden gibt es eine reiche Auswahl. Die einfachste war die erste von Hahn, der 1881 die Nephropexie einführte. Sie bestand in einer Annähung der Fettkapsel an die benachbarten Fascien und Muskeln. Da sie nicht befriedigte, wurde auch noch die capsula propria zur Befestigung herangezogen. Entweder wurde nur sie allein oder zusammen mit der Fettkapsel angeheftet, oder sie wurde eingeschnitten, teilweise abpräpariert oder aus ihr Lappen gebildet, dann diese oder die stehenbleibenden Ränder der Kapsel angenäht. Mit der Eröffnung der Kapsel ist stets auch eine Verletzung des Parenchyms verbunden, wodurch eine verstärkte Granulationswucherung hervorgerufen wird, die einen großen Factor bei der Fixation mit dieser Methode ausmacht. Sogar das Paranchym der Niere wird durchstochen, um einen festern Halt und damit erhöhte Sicherheit der Heilung zu erreichen. Alle diese Grundprinzipien haben ihre Modificationen erhalten. Die Annähung der Fettkapsel gilt jetzt nur mehr als adjuvans.

Die Operationstechnik einzelner Autoren möge kurz beschrieben werden. Edebohls entfernt die Fettkapsel, zieht die fibröse Kapsel hinten und vorne zur Hälfte ab und verwendet zur Fixation nur Kapselnähte. Der Quadratus lumborum wird durch Abziehen der Fascie angefrischt. Die Wunde wird sofort, ohne Tamponade, die von andern zur erhöhten Granulationsbildung benützt wird, geschlossen.

Obalinski und Rüdinger bilden durch einen H-förmigen Schnitt (liegendes H) türflügelähnliche Lappen, die an die Muskulatur angenäht werden.

Max Hofmann rollt diese Türflügel nach außen auf und vernäht sie derart, daß 2 feste Stränge daraus entstehen. An diesen wird die Niere aufgehängt mit Fäden, die um die 12. Rippe gelegt werden. Es ist darauf zu achten, daß der decapsutierte Teil der Niere vor die 12. Rippe zu liegen kommt, damit er fest mit dem Periost derselben verwachsen kann. Drainage gegen die 12. Rippe vom untern Wundwinkel aus.

Rein auf Granulationsbildung baut Prof. Casper (Berlin), der die Niere ganz bis auf einen geringen Rest hinten unten von der Capsula fibrosa befreit. Mit diesem Rest wird das Organ an den Quadratus Lumborum angenäht. Gegen den unteren Pol der Niere und unterhalb desselben wird ein Jodoformgazestreifen gelegt. Es muß darauf geachtet werden, daß kein Fett zwischen Parenchym und Muskeln kommt.

Küster verwendet zur Fixation eine Parenchymnaht durch den unteren Nierenpol mit Silberdraht. Die Fettkapsel wird dabei unten abgetrennt und dann so angenäht, daß die Niere auf ihr, wie auf einer Hängematte sitzt.

Nach Guyon wird die Nephropexie durch Parenchymnähte ebenfalls ohne Decapsulation ausgeführt. Oben, unten und in

der Mitte werden je 2 gleich lange Fäden durch die hintere Convexität der Niere $^1/_2$ cm vom Rand entfernt gestoßen, die zusammengehörigen Doppelfäden auf der Kapsel geknüpft. Die 2 oberen Fadenpaare werden über die 12. Rippe geführt, die 4 unteren an die Muskulatur geheftet.

Bei vielen Methoden werden neben Parenchymnähten auch noch eigene durch die Kapsel verwendet oder es wird die Kapsel so gebraucht, daß ein Durchschneiden der Fäden durchs Parenchym verhindert wird. Beidemals ist meist eine teilweise Decapsulation damit verbunden.

Jonesku z. B. zieht die Kapsel hinten und vorne bis zur Mitte ab, schlägt die Blätter um, und legt nun die Nähte durch den medialen Nierenteil, der vorn und hinten von der gedoppelten Kapsel geschützt ist. Er benützt Silberdraht, den er um die 12. Rippe legt.

Die Furcht vor dem Durchschneiden der Fäden hat Goliet bewogen, sogar Fremdkörper außer den Fäden bei der Operation einzuheilen. Nach seinem Verfahren wird an der Vorderseite der Niere der Silberdraht über eine durchlochte Magnesiumplatte geführt. Hinten wird er durch 2 Bohrlöcher, die an der 12. Rippe angebracht werden, durchgezogen und dann zusammengedreht. Dadurch wird auch die Niere mit breiten Flächen gefaßt. Durch das Magnesium gleichzeitig starke Granulationswucherung hervorgerufen. Statt der Magnesiumplatten kann auch leicht resorbierbares Material verwandt werden. Die Gefahr bei Einheilung schwerresorbierbarer Substanzen, wie eine ja z. B. auch der Silberdraht darstellt, soll nach mancher Ansicht darin bestehen, daß sie im Stande sind, Schmerzen auszulösen, daß sie schwer einheilen, leicht zu Eiterungen Veranlassung geben, sodaß sie schließlich wieder entfernt werden müssen. Mit letzterem rechnen manche Operateure z. B. Küster. Nach ihm ist der Silberdraht nach längerer Zeit zur Fixation nicht mehr nötig, weil sich dann genügend starke Verwachsungen gebildet hätten.

Noch 2 Operationsmethoden möchte ich erwähnen, die sich von obigen Arten unterscheiden, die von Lenk und Kukula.

Lenk benützt, wenn sie vorhanden ist, die Sehne des Musk. psoas minor als Aufhängeband. Dabei wird die Fettkapsel am untern Pol wenig eingeschnitten, die fibröse Kapsel unten und etwas nach hinten mit 2 kleinen Querschnitten versehen. Der zwischen diesen Schnittchen gelegene Teil wird stumpf unterminiert, durch diese Schlaufe die Sehne gezogen, welche dann um die 12. Rippe geschlagen und mit dem Periost vernäht wird. Um ein Vornüberkippen des Organs sicher zu verhüten, wird die Fettkapsel oben an die Muskulatur angenäht.

Kukula benützt den Musk. quadratus lumborum, den er aus seinem Zusammenhang loslöst, als Träger der Niere. Ein schon vorgebildeter Spalt des Muskels wird so erweitert, daß

er ungefähr so groß ist, wie die kleinste Circumferenz des Organs in der Nähe des Hilus. Dahinein wird der untere Teil der Niere gesteckt und die Oeffnung durch oben und unten am Schlitz angebrachte Fäden soweit zusammengezogen, daß der kleinste Umfang der Niere fest gefaßt ist. Das Organ behält dabei eine ganz natürliche Lage, nur daß sein unterer Teil hinter dem Quadratus liegt. Oben und unten ist die Niere dicker, mithin kann sie aus dem Schlitz nicht heraus. Ueberdies wird die Capsula proprioa noch an den Muskel angenäht. Außerdem entstehen noch Verwachsungen der am untern Teil von der Fettkapsel befreiten Niere mit dem Sacrolumbalis und Quadratus. Die Fettkapsel wird nachträglich an die Muskeln angenäht. Würde aber dennoch eine Senkung erfolgen, so wäre allerdings die Gefahr einer Hilusknickung vorhanden. Die Erfolge der Operation sind nach Kostilivy gut. Ob bei längerer Lage zwischen den Muskeln die untere Partie der Niere nicht geschädigt wird, ist fraglich. Eine zur Section gekommene Patientin, die allerdings nicht lange nach der Operation starb, hatte nur eine geringe Einschnürung der Niere dort, wo sie im Muskelschlitz steckte.

Bei allen diesen Operationsmethoden verschafft man sich Zutritt zur Niere von hinten her, entweder durch einen Längsschnitt entlang dem Musk. sacrolumbatis, der von der 12. Rippe 8 -10 cm weit nach abwärts geht (Simon) oder durch einen von der 12. Rippe schräg nach abwärts und vorn zur spina ant. sup. ossis ilii verlaufenden Schnitt oder einen solchen, der etwas unterhalb der 12. Rippe und parallel mit ihr nach außen verläuft (ca. 5—6 cm Küstner).

Eine wenig geübte Methode ist die transperitoneale. Sie wird z. B. von Riedel deshalb geübt, weil bei Wanderniere Verwachsungen verschiedener Art vorkommen können, und weil dann neben der Fixation auch die Lösung dieser Adhäsionen von Bedeutung ist. Das Verfahren, das die Laparotomie erfordert, hat den Vorteil der guten Uebersichtlichkeit, den Nachteil einer zweimaligen Durchtrennung des Peritoneums.

Als Uebergang zu den nun folgenden Krankengeschichten sei die Operation beschrieben, wie sie im wesentlichen an der Klinik von Herrn Geheimrat Prof. v. Angerer geübt wurde. Kleine Abweichungen sind in den Krankengeschichten erwähnt.

Zirca 10 cm langer Schnitt, beginnend an der 12. Rippe am lateralen Rand des Muskulus sacrolumbalis. Nach Durchtrennung der oberflächlichen Fascie wird der Muskel medianwärts gezogen, die tiefe Fascie nach der Unterbindung der Gefäßanastomosen durchtrennt, der Musk. quadratus ebenfalls medianwärts gezogen, die Fascia transversa durchtrennt. Das Nierenfett präsentiert sich. Stumpfe Durchtrennung desselben. Spaltung der Caps. propria in geringem Umfang. Sie wird etwas

zurückpräpariert. Nähte durch Muskulatur Fascienblätter, Capsula propria und Parenchym beiderseits. Außerdem wird noch die Fettkapsel oder sie und die fibröse an die tiefe Fascia lumbodorsalis genäht. Schluß der Wunde bis auf den unteren Wundwinkel, in den ein Tampon eingelegt wird.

Krankengeschichten.

1. Fl. J., Ladnerin, 20 J., 1. Partus. Im Mai 1895 Appendicitis. Seit dieser Zeit Schmerzen in der rechten Lendengegend, die von hinten nach vorne ausstrahlen. Beim Stehen und Gehen steigern sich die Beschwerden. Pat. hat bisweilen das Gefühl, als ob von der R. hinteren Seite ein Körper nach vorne falle.

Status: Mittlerer Ernährungszustand und Körperbau. Leib weich. In der R. Bauchseite die bewegliche normalgroße Niere. Sie ist ziemlich druckempfindlich. Unterer Pol reicht bis unter die spina ant. sup.

7. VIII. 1896. Operation. Die Niere ist um die Verticalachse gedreht, der untere Pol sieht nach hinten. Wundverlauf. Am 17. VIII. ziemlich starke Retention, sonst o. B.

16. IX. Narbe fest verheilt. Niere gut in der unteren Hälfte zu fühlen. Sie ist unbeweglich. Keine Beschwerden.

Anfrage: Pat. ist verneiratet. Kein Partus mehr. Zeitweise Beschwerden an der Niere noch, besonders nach Anstrengungen, häufig auch während der Menstruation. Binde wird mit Erfolg getragen.

2. P. J., 23 J., Köchin. Pat. wurde schon im Jahre 1894 wegen Wanderniere operiert. War bis zu einem halben Jahr ohne Beschwerden. Im Anschluß an schweres Heben sollen die alten Beschwerden neuerdings aufgetreten sein.

Status: Kräftig gebaut, starker Paniculus. Die Niere ist wenig verschieblich durch die dicke Bauchwand zu fühlen. Sie ist nicht druckempfindlich.

19. XI. 1896 Operation. Die Niere erweist sich als sehr beweglich. Hautnaht ohne Einlage. Wundverlauf: Einmal eine Blutung aus der Wunde und einige Tage Husten.

25. I. 97. Seit der Operation beschwerdefrei, Aussehen gut. Ist zu leichter Hausarbeit in der letzten Zeit verwendet worden. Mit Binde entlassen.

Anfrage: Hat nicht die geringsten Schmerzen mehr. Ist jetzt Kindermädchen.

3. N. A., 31 J., Maurersfrau, 7. Partus.

Circa 6 Wochen nach einem normalen Wochenbett (Pat. stand am 4. Tage nach der Geburt auf) Schmerzen in der R. Seite u. R. hinten an der Wirbelsäule beim Gehen. Starker

anhaltender Urindrang, Brennen beim Harnlassen, zeitweise Anurie.

Status: Ernährungszustand gut.

Im R. Hypochondrium die vergrößerte druckempfindliche Niere. Sie ist respiratorisch gut verschieblich, geht bis unter die Nabelhöhe.

28. XI. 96 Operation.

Am 3. Tage nach der Operation Auftreten von Gelenkrheumatismus.

7. I. 97. Rechte Nierengegend druckempfindlich. Die Niere hat sich etwas gesenkt. Mit Leibbinde entlassen.

Nachuntersuchung: Niere in Nabelhöhe, nahe der Mittellinie beweglich zu fühlen. Pat. ist sehr nervös. Besonders während der Periode ziehende Schmerzen in der Narbe. Bisweilen Schmerzen in der Lebergegend, Neigung zu Obstipation. Magen schwach.

Pat. hat auch einen Herzfehler und Uterusmyom. Pat. gibt eine Besserung zu.

4. Sch. F., Köchin, 28 J.

Stechende Schmerzen im R. Hypogastrium besonders nach Anstrengungen. Im Mai 1897 Partus. Die Schmerzen traten im Anschluß an starke Anstrengung (Stöbern) auf.

Status: In der R. unteren Bauchgegend die bewegliche Niere zu fühlen.

25. XII. 97. Operation.

Wundverlauf: 26. XII. Im Urin etwas Blut, sonst o. B.

24. I. 98. Auf Wunsch entlassen.

Anfrage: Es ist Besserung vorhanden. Bei Witterungswechsel sind noch Beschwerden vorhanden. Zeitweilig Krämpfe im r. Bein.

3 Geburten. Schwangerschaft und Wochenbett o. B. Die Frau kann den anstrengenden Beruf einer Hausmeisterin ausfüllen. Trägt Flanellbinde.

5. Str. Chr., 32 J., VI. Partus (1 mal Zange, 1 mal Zwillinge) 1896. Seit 6 Jahren Druck in der r. Seite, 1893 Bandage: Besserung. Seit 1 Jahre auch Beschwerden links. Bandage für beide Seiten: Zeitweilige Besserung. Seit 2 Monaten Unregelmäßigkeit beim Urinieren. Dabei Anschwellen des Leibes. Seit dem letzten Partus haben sich die Beschwerden gesteigert.

Status: Klein, blaß, schwächlich. In der rechten Seite die gut bewegliche Niere fühlbar. L. auch, aber weniger mobil.

23. I. 1896 Operation r.

Endstatus: Schmerzen verschwunden. L. manchmal leichtes Stechen. R. Niere etwas tiefer als normal fest fixiert. Ende 1896: Pat. hat wieder Schmerzen, besonders in der l. Seite.

Status: R. Niere bis zum Nabel ganz fühlbar. Die linke kann nicht gefühlt werden. Einmal typischer hysterischer Anfall beobachtet.

Wegen gleichzeitig bestehender Parametritis in gynäkologische Behandlung gegeben. Besserung. Adaption der Leibbinde. Im Jan. 1897 auf Wunsch entlassen.

1898. Mitte Mai kommt Pat. wieder mit stärkeren Beschwerden. Anfangs 1897 Frühgeburt. Ende des Jahres normaler Partus.

Status: Mittlerer Ernährungszustand. Leber fühlbar. 2 Querfinger über der r. spina ant. sup. die empfindliche, leicht reponierbare r. Niere. Unterer Pol der L. Niere fühlbar.

23. V. 98 Operation L.

Wundverlauf: 24. V. Blut im Urin, sonst o. B.

12. VI. R. Niere deutlich in Nabelhöhe fühlbar, Narbe schlaff.

22. VI. Pat. klagt über Schmerzen in der L. Seite. Niere hier nicht fühlbar. Auf W. in Reconvalescentenanstalt.

Anfrage. Besserung der Beschwerden. Die Frau kann ihren Haushalt versehen.

6. B. B., 24 J., Commis.

Mit 5 Jahren Gelbsucht. Mit 13 J. Nierenkolik. Dabei Steinabgang. Seit 4 J. alle 4 Wochen — 6 Monate colikartige Schmerzanfälle in der R. Lebergegend, die gegen die Niere ausstrahlen. Erbrechen. Kein Steinabgang. Keine Stuhlentfärbung. Bekam gleich anfangs Binde: Besserung.

24. IV. 1900. Unter dem r. Epigastrium fast mannskopfgroße bei der Atmung auf und absteigende Geschwulst. Gallenblase nicht vergrößert.

30. IV. Tumor nicht mehr fühlbar. In Narkose untersucht. R. Wanderniere. Gallenblase nicht vergrößert. Ernährungszustand gut.

Da neuerdings Beschwerden auftraten am 12. VI. Operation.

4. VII. Niere gut fixiert. Wegen Spitzenkatarrh nach Reichenhall entlassen.

Anfrage: Pat. erkrankte später an Pyohydronephrose. 1902 wurde er deshalb wiederholt operiert und schließlich die Niere ganz herausgenommen (Israel). Pat. befindet sich seither wohl.

7. Schr. Fr., 25 J., 0. Partus.

Seit 7 Wochen starke Schmerzen im Unterleib. Mit Bandage Besserung. Keine Beschwerden mit dem Harnlassen.

Status: Ernährungszustand reduciert.

Rechte Niere verschieblich, der obere Pol kann erreicht werden.

16. I. 1900 Operation. Capsula adiposa schwach. Wundverlauf o. B.

11. II. Auf Wunsch entlassen. Seit 8 Tagen wieder Schmerzen. Pat. ist gegen ärztlichen Rat zu früh aufgestanden. Die Niere hat sich wieder gesenkt. Der untere Pol deutlich fühlbar.

24. VII. 11. Wiedereintritt. R. Niere etwas vergrößert. Vollkommen dislocierbar. Unterer Pol unterhalb der Nabelhöhe.

30. VII. Operation. Wundverlauf o. B. Pat. konnte nicht ermittelt werden.

8. Sch. A., 40 J., Putzerin, 13. Partus.

Seit 3—4 Jahren zeitenweise Lebervergrößerung. Stechende Schmerzen R. im Bereich der falschen Rippen.

Status: Ernährungszustand reduciert.

Im Epigastrium R. vom Nabel gegen das Hypochondrium zu schrägliegende Geschwulst von ziemlicher Risistenz, bei der Atmung verschieblich, dislocierbar, schmerzhaft. Außerdem im R. Hypochondrium noch ein ovaler Tumor mit platter Oberfläche, die R. Niere. Der erste Tumor scheint der Leber anzugehören.

Auf Abführmittel, warme Umschläge, keine Linderung der Beschwerden.

3. VIII. 1900. Operation. Der erste Tumor ein decendierter, durch einen Strang abgeschnürter Leberlappen. Niere blaß, von bindegewebigen Adhäsionen umgeben, mehrlappig. Wundverlauf o. B.

31. 8. Sobald außer Bett die gleichen Schmerzen wie bei der Aufnahme.

10. 9. Mit Binde keine Beschwerden.

19. 9. Auf Wunsch entlassen.

Nachuntersuchung: Niere mobil in der R. Bauchseite in der Nähe des Nabels.

Eine Unterbindung hatte ein Jahr lang nachgeeitert. 2 mal Abort seit der Operation.

Pat. hat noch Schmerzen in der R. Leibseite. Leichte Arbeit kann geleistet werden. Es besteht auch ein Herzfehler, der sie keine schwere Arbeit verrichten läßt. Im allgemeinen gibt Pat. Besserung zu.

9. S. C., Ladnerin, 23 J., 0. Partus.

Seit 1½ Jahren Schmerzen in der R. Bauchseite unter dem Rippenbogen. Häufiger Urindrang. Oft Schmerzen im Unterleib und das Gefühl des Drängens nach unten auf beiden Seiten. Vor 1 Jahr rechsseitige Nephritis.

Status: In der R. Lumbalgegend die Niere, die unter den palpierenden Fingern weggleitet.

Genitalbefund: Uterus anteflectiert, das R. Ovarium etwas vergrößert und druckempfindlich.

1. IV. 1901 Operation.
Wundverlauf o. B.
29. IV. Pat. schonungsbedürftig entlassen.

Anfrage: Seit der Operation sei das Befinden schlechter. Sie könne nicht mehr die Arbeit leisten wie früher. Im Frühjahr 1911 starke Schmerzen in der Gegend beider Nieren, Gefühl der Anschwellung. Im Herbste 1911 Magenbeschwerden, Ikterus. Große Nervosität. Kein Partus.

Vom Arzt wurde Senkung beider Nieren auch der operierten constatiert.

10. P. M., Köchin, 35 J., 0. Partus.

Pat. leidet an Seitenstechen und hat das Gefühl, als ob rechts etwas locker wäre.
Links Ischiasbeschwerden.
Seit 1 Jahr hartnäckige Obstipation.
Arbeitsfähigkeit nicht gestört.

Status: Im R. Hypochondrium die herabgesunkene Niere zu fühlen. Sie ist nicht vergrößert, verschieblich, etwas druckempfindlich. Es besteht ein descensus uteri (angeblich seit 3 Jahren).
3. IV. 1901 Operation.
Wundverlauf o. B.
6. V. Ohne Beschwerden. Auf Wunsch entlassen.

Nachuntersuchung: Niere sitzt fest.

Pat. hat seit der Zeit stark an Gewicht zugenommen. Nur ab und zu Stechen in der Nierengegend. Kein Partus. Vor $1^1/_2$ Jahren Vorfalloperation. Es besteht Ausfluß. Wahrscheinlich deshalb Ziehen in der Unterleibsgegend, das oft sehr stark sein kann. Es besteht noch hartnäckige Obstipation. Leibbinde wird seit 3 Jahren nicht mehr getragen.

11. D. H., 23 J., Oekonomiebaumeister.

Seit 5 Jahren Schmerzen in der R. Nierengegend. In letzter Zeit wird Pat. durch sie oft tagelang ans Bett gefesselt. Auftreten hauptsächlich nachts und nach körperlichen Anstrengungen. Durch Zusammenschnüren des Leibes Besserung. - Potator (8 l. pr. d.).

Status: Ernährungszustand gut. Im R. Hypochondrium die respiratorisch auf und niedersteigende Niere. Starke Druckempfindlichkeit. 2. IX. 1901 Operation.

Wundverlauf: 3 tiefe Nähte müssen wegen Eiterung entfernt werden, sonst o. B.
5. X. Niere gut fixiert. Pat. entlassen.

Anfrage: Seit mehreren Jahren Schmerzen, die ins Kreuz und Genick ausstrahlen. Auch auf der L. Seite Schmerzen.

12. O. A., Näherin, 14 J.

Seit einigen Monaten stechende Schmerzen in der R. Bauchseite, die oft so stark sind, daß Pat. nicht mehr gehen kann.

Status: Kräftig gebaut. In der R. Bauchseite die Niere in Nabelhöhe fühlbar, mäßig verschieblich.

Urin: etwas Albumen.

Seit 11. XII. 1901 keine Albumen mehr.

18. XII. Operation: R. Niere langgestreckt, vergrößert. Wundverlauf o. B.

9. I 1902. Niere vergrößert unterhalb des Rippenbogens, etwas beweglich. Entlassen.

Seit Februar wieder Schmerzen der L. Seite, besonders nach längerem Gehen. Im Liegen verschwinden sie.

Status: Die R. Niere tiefstehend und immer noch, wenn auch weniger wie früher beweglich. Die L. Niere deutlich fühlbar, höher stehend als die R. ebenfalls beweglich.

11. VI. 1902 Operation (L. Niere). Ober und unten Tampon eingelegt.

Wundverlauf: 15. VI. Entleerung von reichlicher eitriger Flüssigkeit. Tamponade.

5. VII. Wunde bis auf 2 kleine granulierende Stellen geschlossen.

Anfrage: Die ersten beiden Operationen ohne Erfolg. Binde ohne Erfolg.

1903 Oktober nochmals Operation R., 1904 Operation L., 1905 Sommer Wiederholung der Operation R., 1908 Dezember Magengeschwüroperation.

Anfrage: Schnell Gehen und schwer Heben ist nicht möglich. Im ganzen große Besserung, die Schmerzen sind nicht im entfernten mehr so starke, wie früher. 1908 (VI) totes Kind, 1911 (III) lebendes Kind. Ist gegenwärtig im 7. Monate gravid, hat dabei keine besonderen Beschwerden.

13. E. E., 32 J., Magistratsbeamtensgattin.

Seit 8 Jahren im Anschluß an eine Geburt Cholelithiasisbeschwerden (Koliken und Ikterus) 1893 Cholecystotomie (108 bis kirschkerngroße Steine entfernt) hat noch nach dieser Operation Beschwerden.

Status: Leber nicht vergrößert. Unter der Leber, auf der Wirbelsäule fingergliedgroßer Körper. R. Niere unter Nabelhöhe, leicht reponibel.

15. VI. 1900 Gallenblasenoperation, Peritonealadhäsionen, Pankreaskopf induriert.

23. VI. Immer noch Schmerzen in der Gallenblasengegend.

21. VI. Nephropexie R.

Wundverlauf o. B. Auf Wunsch entlassen.

Keine Beschwerden mehr.

Mitte Januar 1902 arge linksseitige Nierenschmerzen. Desgleichen in der Gallenblasengegend. Grauer Stuhl. Bis Mitte Juni wiederholte Gallensteinkoliken teilweise mit Steinabgang.

11. Juni linksseitige Nierenkolik.

Status: Leber o. B., Gallenblasengegend druckempfindlich. R. Niere: Unterer Pol in fast Nabelhöhe, nicht druckempfindlich. L. Niere: Unterer Pol in Rippenbogenhöhe, druckempfindlich. Sie zeigt Echappement. Bei aufrechter Stellung steht sie in Nabelhöhe.

10. VII. 1912 L. Nephropexie. Zwischen Capsula adiposa und propria narbige Stränge.

3. VIII. Wunde gut verheilt. L. Niere gut fixiert.

Anfrage: Trug ein halbes Jahr lang Leibbinde. Bei Schonung keine Schmerzen mehr, nur bei anstrengender Arbeit. Bisweilen noch Gallensteinkoliken, Pat. ist sehr nervös. Sie ist mit dem Erfolg der Operationen sehr zufrieden.

14. Z. A., Oberstleutnantsgattin, 42 J., V. Partus.

Seit 3 Jahren beim Sitzen und bei körperlichen Anstrengungen ziehende Schmerzen im Rücken, die in die Schenkel ausstrahlen. Seit 1 Jahr Leibbinde, wenig Erleichterung.

Früher ist Pat. viel geritten.

Status: Kräftig, gut ernährt, Bauchdecken abnorm schlaff, Hängebauch.

Im R. Hypochondrium die Niere. Sinkt bei tiefer Inspiration bis in Nabelhöhe; ist druckempfindlich.

20. I. 1903 Operation. Wundverlauf o. B.

15. II. Mit Leibbinde entlassen.

Anfrage: Ein Jahr lang heftige Schmerzen in der Hüfte, Pat. konnte deshalb die Binde nicht tragen. Jetzt fühlt sich Pat. ziemlich wohl, obwohl sie körperlich viel arbeitet. Bisweilen Magendarmbeschwerden, dabei auch leichte Schmerzen in der R. Seite. Pat. ist zufrieden mit dem Erfolg der Op. Der Hausarzt konstatierte eine leichte Lockerung beider Nieren.

XV. R. M., Sortiererin, 26 J.

Seit mehreren Monaten starke Schmerzen in der R. Seite und Rückengegend, besonders im Sitzen und Stehen. Pat. wurde auf der gynäk. Abteilung wegen Adnexerkrankung operiert und von dort auf die chir. Abt. verlegt.

Status: Guter Ernährungszustand: Abdomen weich, sehr fettreich. Bei tiefer Inspiration R. Niere in Nabelgegend, sehr druckempfindlich.

8. IV. 1904 Operation.

Wundverlauf durch Eiterung und Gangrän von Fascienteilen und Kapselfett compliciert.

16. V. Die Niere steht sehr hoch, ist über die Hälfte palpabel, scheint fixiert zu sein.

Auf Verlangen entlassen.

Nachuntersuchung: Niere unterhalb der Spina ant. sup. beweglich. Subjectiv keine Beschwerden. Nur im vorigen Jahre (1911) 14 Tage lang Schmerzen in der R. Nierengegend. Pat. kann alle Arbeit verrichten. Binde wird nicht getragen.

16. P. M., Köchin, 47 J., 0. Partus.

Pat. will sich vor 3 Jahren überstreckt haben. Seither Schmerzen im Rücken und Bauch. Brennen und das Gefühl von Ameisenlaufen im Leib. Momentan starke Schmerzen in der R. Bauchseite. Von Zeit zu Zeit steigt es heiß gegen Brust und Kopf auf, Atemnot, Bewußtlosigkeit, ca. 10 Minuten.

Status: Klein, schwächlich, mager, Gelenkbänder auffallend schwach.

Abdomen: schlaffe Bauchdecken. Beim Stehen im R. Hypogastrium die bewegliche, druckempfindliche Niere. Kante nach vorn.

24. II. 1904 Operation.

Wundverlauf: Einmal etwas Blut im Harn.

9. V. Niere fühlbar, etwas beweglich. Bei gewissen Bewegungen z. B. Bücken etwas Stechen, mit gutsitzender Leibbinde entlassen.

Nachuntersuchung. Niere sitzt unter dem Rippenbogen fest. Mit den Erstickungsanfällen geht es besser. 1 Jahr nach der Operation Gelenkrheumatismus, darauf Herzbeschwerden. Pat. kann fast keine Arbeit leisten (damit ginge es schlechter wie vor der Operation), weil sie sich nicht bücken kann. Starke Obstipation. Nervosität. Mit Binde sind die Beschwerden besser.

17. Z. S., Gütlerstochter, 29 J., 0. Partus.

Seit 1899 krank. Erst Rheumatismus, dann Nervenentzündung, später Magenleiden. War 2 Jahre lang bettlägerig. Dann Schmerzen in der R. Seite, die sich von rückwärts nach vorne zogen. Bandage verschafft keine Besserung.

Status: Mittelkräftig, Ernährungszustand etwas reduciert. Oberhalb des Mac Burney'schen Punktes die sehr bewegliche Niere.

21. V. 1904 Operation. Wundverlauf o. B.

21. V. Niere fixiert.

Anfrage: Kann nur leichte Hausarbeit verrichten, muß stets Leibbinde tragen, da immer noch Beschwerden vorhanden sind.

18. Z. A., Schlossersfrau, 39 J., I. Partus (schwere Geburt).

Pat. wurde wegen Endometritis auf der gynäk. Abteilung curettiert, wird auf die chir. Abt. verlegt. Seit 4 Jahren unbe-

stimmte Schmerzen in der Lebergegend. Im Liegen stärker als beim Gehen, am intensivsten beim Sitzen. Meist Obstipation. In letzter Zeit Abmagerung.

Status: mittelgroß, blaß, gracil, mäßig genährt, Bauchdecken schlaff.

R. vom Nabel die verschiebliche, druckempfindliche Niere.

18. V. 1904 Operation. Nach Durchtrennung der Fascie erscheint ein Organ, das als Niere imponiert. Nach Freipräparierung erkennt man es als Leber, die lang nach unten angezogen ist. Durch Druck vom Abdomen her kommt die Niere zu Gesicht. Die Fettkapsel ist atrophisch.

Wundverlauf: Einmal Blut im Urin, einmal Temperatursteigerung, dabei keine Retention.

25. VI. In der R. Seite des Abdomens ziehende und brennende Schmerzen, Niere gut palpabel nach oben beweglich, ziemlich druckempfindlich.

30. VI. In Reconvalescenz entlassen.

Nachuntersuchung: Niere sitzt fest. Der Nierenpol ist fühlbar. R. unten im Leib Druckschmerz anscheinend vom Uterus oder Adnexen ausgehend.

Subjektiv nur leichte Besserung. Hausarbeiten können verrichtet werden. Es bestehen noch Beschwerden in den vordern Bauchpartien unter dem Rippenbogen. Durch Binde keine Erleichterung.

19. A. M., Kammerjungfer, 22. J.

Vor 10 Jahren Bauchfellentzündung. Vor 2 Jahren spürte Pat. stechenden Schmerz in der R. Lebergegend, welche auch bei ruhigem Sitzen nicht verschwanden.

Sie gibt an, bei der Atmung einen Körper auf- und absteigen zu fühlen.

Status: Haut blaß, Ernährungszustand mittelmäßig, Puls frequent, irregulär.

Starke Druckempfindlichkeit im R. Hypochondrium. Bei tiefer Inspiration die R. Niere bis zur Hälfte fühlbar. Appendix kann wegen zu großer Bauchdeckenspannung nicht gefühlt werden. Hysterie.

28. IX. 1904. Operation. Wundverlauf o. B.

10. X. Patientin klagt über Schmerzen in der Unterbauchgegend beiderseits.

Untersuchung per vaginam et rectum: Parametritis posterior sinistra. Adnexe frei.

25. X. Auf Wunsch entlassen.

Pat. wurde im Mai 1905 wegen Appendicitis operiert. Dabei wurde festgestellt, daß sich die operierte Niere stark gelockert hatte. Von Beschwerden standen solche von seiten der Appendicitis im Vordergrund.

18. IV. 1905. Pat. fühlt sich im ganzen wohler. Zunahme des Körpergewichts. Mit Leibbinde wegen der Wanderniere entlassen.

Der jetzige Aufenthalt der Pat. konnte nicht ermittelt werden.

20. W. H., Taglöhner, 45 J.

Mitte Juli 1905 von einer Wagendeichsel in die L. Seite gestoßen. Pat. hatte Schmerzen, konnte aber weiterarbeiten. Kein Blut im Urin. Schwere Arbeit konnte schließlich doch nicht mehr verrichtet werden.

Vor 2 Jahren Steine im Urin.

Status: Mittelkräftig. Ernährungszustand entsprechend. Im Stehen die Niere in Nabelhöhe fühlbar, druckempfindlich.

26. I. 1906. Operation. Niere stellenweise sehr hart, etwas vergrößert, Unregelmäßigkeiten und Höcker auf der Oberfläche. Die Niere ist durch Stränge adhärent. Beim Versuch, das Organ anzunähen, fließt Urin ab. Palpation: Steinniere. Lithotomie: Cystische Erweiterung, Nierenparenchym stark reareficiert. Steine und Gries. Ein Stein im Ureter eingekeilt, wird entfernt. Fixation der Niere, 2 Drainagen ins Nierenbecken.

Tamponade.

Cystoskopie: Hinter der L. Untermündung nach links und oben Divertikel, starkes Trabekelsystem.

Separateur: L. kein Urin, R. viel Urin. Sediment: Viele rote Blutkörperchen, zahlreiche Leukocyten.

Wundverlauf: Einmal erhöhte Temperatur.

17. II. Fistel fast völlig geschlossen.

29. IV. Auf Wunsch ungeheilt entlassen.

Anfrage: Die Niere eiterte später und mußte exstirpiert werden.

Urin trüb eitrig. Pat. ist leidend, zu 60 Prozent arbeitsunfähig erklärt.

21. B. Ph., Hausmeisterin, 33 J., 1. Partus (Forceps).

Früher öfters Ohnmachtsanfälle. Vor 3 Jahren war der letzte. Dabei hatte Pat. heftiges Erbrechen. Im Anschluß daran heftige Schmerzen in der Lebergegend, die in den Rücken ausstrahlen. Erbrechen. Harndrang, doch kann kein Urin gelassen werden. Nach dem Nachlassen der Beschwerden reichliche Harnentleerung. In letzter Zeit häufen sich die Fälle. Kein Ikterus.

Status: Abgemagert, blaß. Leber druckempfindlich, kaum vergrößert. R. Niere bis unterhalb der Nabelhöhle fühlbar, reponibel, nicht schmerzhaft.

13. VI. 1906 Operation. Darauf 2 mal Erbrechen.

Wundverlauf o. B.

11. VII. Mit Leibbinde entlassen. Objektiv kein Befund.

Nachuntersuchung: 1911 Blinddarmoperation. Es waren große Verwachsungen vorhanden.

Pat. hat manchmal noch Schmerzen in der R. Seite. Seit der Blinddarmoperation kann sie sehr gut arbeiten. Die Niere ist gut fixiert. Befinden mit und ohne Binde gleich.

22. L. B., Postsekretärsgattin, 32 J., 5. Partus.

Vor 10 Jahren plötzlich Schmerzanfälle im R. Sypochondrium. Während der Schwangerschaften keine Beschwerden. Wiederkehr im Wochenbett. Vor 5 Wochen Anfall: Einige Tage Anurie, Schüttelfrost, Ikterus, später Bierharn.

Status: Graciler Körperbau. Geringe Adipositas.

Cor.: Ueber der Spitze systolisches Geräusch, etwas Arythmie. Abdomen: Weich. Leberdämpfung fast bis zum Nabel. Unterer Rand palpabel. R. Niere unmittelbar unter Nabelhöhe, beweglich. Auch L. Niere unterhalb des Rippenbogens, weicht nach oben aus. Darmatographismus, Patellar- und Fußklonus. Sediment: wenig Leukocyten und Erythrocyten.

13. XII. 1906. Operation. Caps. prop. nicht eröffnet. 2 Nähte durch den unteren Nierenpol. Fixation des Nierenfetts. Nachmittags: heftiges galliges Erbrechen.

Wundverlauf: Anfangs Secretion.

8. I. 1907. Mit Binde entlassen. Niere fixiert.

Anfrage: Das Ziehen und die Kreuzschmerzen sind verschwunden. Cholelithiasiskoliken traten bald wieder auf, sind jetzt noch zeitweise vorhanden. Gewichtszunahme. Binde wurde ein halbes Jahr getragen. Patientin bereut die Operation nicht.

23. L., Gräfin v. T., 45 J.

Ren mobilis schon vor 3 Jahren diagnosticiert. Stärkere Beschwerden erst seit November 1906. Hochgradige Nervosität.

Status: Ernährungszustand sehr reduciert.

R. Niere in Nabelhöhe bei tiefer Inspiration fühlbar, druckempfindlich, sehr beweglich, reponibel.

Psyche wechselnd, im allgemeinen gedrückt. In letzter Zeit große Dosen Veronal und Morphium. Deshalb Magenverstimmung.

8. II. 1907. Operation. Fettkapsel sehr ausgeweitet. Caps fibrosa nicht gespalten.

4. III. Mit Leibbinde entlassen. Niere palpabel und etwas verschieblich.

Anfrage: Pat. hat sich vollkommen erholt. Bandage wurde nur 3 Wochen getragen.

24. Z. Chr., Dienstmädchen, 31 J., 0 Partus.

Vor 2 Jahren wegen Unterleibsleiden operiert. 2 Tage nach der Operation starke Schmerzen in der R. Bauchseite, ausstrah-

lend in die Wirbelsäule. Seit dem Austritt aus der gynäk. Klinik täglich Schmerzanfall, namentlich abends und morgens. Stuhl zeitweise träge.

Status: Mittlerer Ernährungszustand.

In der R. Bauchseite unterhalb des Nabels die verschiebliche und druckempfindliche Niere.

9. V. 1908 Operation.

10. V. Mehrmals Erbrechen.

Wundverlauf: Etwas Secretion.

13. VI. Völlig beschwerdefrei. Auf Wunsch entlassen.

Nachuntersuchung: Niere fixiert.

Besserung. Mittelschwere Arbeit kann geleistet werden. Bei größerer Anstrengung Schmerzen in der R. Seite. Starke Verstopfung. Mit Binde befindet sich Pat. wohler.

25. A. E., Oekonomensfrau, 34 J., V. Partus.

Die 2. Entbindung vor 11 Jahren war sehr schwer.

Am 3. Wochenbettag traten Verdauungsstörungen auf, die später nicht vergingen. Erbrechen, unabhängig von der Nahrungsaufnahme. Flatus gehen schwer ab. Pat. fühlt bei der L. Seitenlage einen Körper im Leib sich bewegen.

Pat. hat viel und schwer gearbeitet.

Status: Kräftig, guter Ernährungszustand. In der R. Bauchseite die druckempfindliche Niere, die stark nach unten und über die Medianlinie verschieblich ist. Reponibel.

Röntgenbild: leichte Magenptose.

1. III. 1909 Operation.

Wundverlauf: Anfangs etwas Blut im Harn. Leichte Pneumonie rechts.

28. III. Mit Leibbinde entlassen. Befinden gut.

Anfrage: Das 1. Jahr hatte Pat. oft noch Schmerzen. Jetzt ist sie gut beisammen, ist stärker geworden, kann fast alle Arbeit verrichten. Sie hat aber öfter noch Magenschmerzen. Kein Partus mehr.

26. P. A., Taglöhner, 31 J.

Seit 10 Jahren ziehende Schmerzen in der Lendengegend, die nach den Schulterblättern, dem Kreuz, der Vorderbauchseite ausstrahlen. Beim Bücken und Treppensteigen die Beschwerden stärker. Verstopfung. 1904 Leberleiden mit Gelbsucht.

Status: Mittelkräftig, mäßiger Ernährungszustand. In der R. Bauchseite die druckempfindliche, nach allen Seiten distocierbare Niere zu fühlen. 10. III. 1909 Operation (Lumbalanästhesie).

Wundverlauf: Kleine Angina, sonst o. B.

30. III. Noch ganz kleine granulierende Wunde. Entlassen mit Pflasterverband und Leibbinde.

Anfrage: Nach 5—6 Wochen will Pat. gemerkt haben, daß sich die Niere nicht mehr an ihrem Platz befindet. Er gibt an, sie in der R. Seitengegend zu fühlen. Er hat noch immer Beschwerden, besonders bei schnellem Gehen und beim Liegen auf der R. Seite. Urinieren geht oft sehr schwer. Wenn sein Zustand schlimm ist, tritt immer Gelbsucht auf. Bandage wird noch getragen.

27. H. J., Weißnäherin, 34 J.

Nach einer Ueberstreckung Schmerzen in der R. Nierengegend. Seither Beschwerden in dieser Region, Stechen, das in den ganzen Leib bis zur Brust ausstrahlt. Zeitweise vollkommen beschwerdefrei. 1904 Binde, die vorübergehend Besserung brachte.

Status: Mittelgröße, mittlerer Ernährungszustand. Haut und Schleimhäute blaß. Systolisches Geräusch an der Spitze. Abdomen. 3 Querfinger unterhalb des Rippenbogens die leicht bewegliche, druckempfindliche Niere, Reponibel.

4. III. 1908 Operation. Wundverlauf. Eine Zeit lang Schmerzen beim Urinieren, vorübergehend Secretion.

19. VIII. Schmerzen auf der R. Seite, die sich zum Leistenband hinabziehen.

Pat. war in der nächsten Zeit vollkommen beschwerdefrei. Im November 1908 stellten sich die alten Schmerzen wieder ein. Durch Binde keine Besserung.

Niere wieder beweglich.

16. III. 1909. Operation. Die Niere zeigt sich durch die bei der I. Operation angelegten Kapselnähte und ziemlich starke Verwachsungen fixiert und sehr wenig verschieblich. Mobilisation und Fixation 2 cm oberhalb. Erbrechen nach der Operation. Wundverlauf: o. B.

17. IV. Keine Beschwerden mehr, entlassen.

Anfrage: Patientin bekam wieder starke Schmerzen. Die Niere wurde exstirpiert, zeigte sich gelockert und krank.

28. H. M., Taglöhnersfrau, 35 J., 6. Partus, 1. Abortus. Seit Frühjahr 1909 Schmerzen in der R. Bauchseite, Mattigkeit, Wechsel des Zustandes. Das ganze Jahr konnte Pat. nicht arbeiten, lag 10 Wochen zu Bett. Leibbinde ohne erfolg. Frühjahr 1910 Verschlimmerung.

Status: Mittelgroß, gracil, mager.

Niere beim Stehen bis unter Nabelhöhe fühlbar, gut verschieblich.

Würgreflex herabgesetzt. Conjunctivalreflex , Pattelarreflex gesteigert. Gewicht 80 Pfd.

31. V. 1910 Operation.

15. VI. Pat. klagt über Leibschmerzen, doch kein obj. Befund.

21. VI. Hämoptoë.

Anfrage: Keine Besserung: Auswärts Pyloroplastik. Etwas Besserung. Später der alte Zustand.

29. H. A., Taglöhnersfrau, 56 J., 0. Partus.

Vor 1 Jahr bekam die etwas demente Pat. angeblich nach einer raschen Drehung im Bett plötzlich heftige reißende Schmerzen in der R. Seite. Pat. konnte $^3/_4$ Jahre lang nicht arbeiten. Lag ständig zu Bett. Auf warme Umschläge Besserung. Leibbinde: keine Erleichterung. Seit $1^1/_4$ Jahren wieder in Arbeit, hat besonders beim Bücken Schmerzen.

Status: Klein, ziemlich stark abgemagert. Etwas unterhalb des Nabels die bewegliche Niere fühlbar. Reponibel.

29. XI. Operation. Kapseln in 2 Blättern abpräpariert. Sie zeigt sich stark mit dem Parenchym verwachsen.

13. XII. 1910. Als geheilt entlassen. Leibbinde.

Anfrage: Pat. bekam 5—6 Wochen nach der Operation heftige Schmerzen in der Bauchgegend. Zurzeit ist der Zustand schlimmer wie vor der Operation. Pat. hat das Gefühl des Wanderns der Niere. Binde verschafft Erleichterung. Pat. scheint geistig nicht mehr ganz normal zu sein.

30. W. M., 24 J., Köchin.

Vor 4 Wochen Stechen im Rücken. Die Schmerzen wurden immer stärker.

Status: Klein, Ernährungszustand entsprechend. R. Niere unterm Rippenbogen beweglich, reponibel. Kein Würgreflex.

3. IV. 1911 Operation. Kapsel über die Konvexität abpräpariert.

Wundverlauf, Einmal leichte Temperaturerhöhung. Längere Zeit Wundresection.

1. V. Wohlbefinden. Mit Binde entlassen.

Nachuntersuchung: Niere leicht mobil. Etwas Besserung. Mittelschwere Arbeit kann geleistet werden. Heben und Laufen macht Beschwerden. Oefters Brennen in der R. Seite. Alle 3 4 Wochen Schmerzen mit Harnverhaltung. Bei der Besserung geht viel Wasser ab. Binde wird ständig getragen.

31. K. P., Näherin, 18 J.

Seit vielen Jahren Obstipation. Im Februar 1911 Symptome einer Appendicitis. 3 Wochen später starke Schmerzen in der Magen- und Lebergegend. Im Mai neuerdings Schmerzen im Leib.

Status: mittelgroß, gracil. Ernährungszustand reduciert. Hautblässe.

Abdomen. Etwa 2 Finger breit nach medial von der Spina ant. sup. Resistenz, auf Druck stark empfindlich. Unter dem Rippenbogen die verschiebliche Niere, ebenfalls druckempfindlich.

Röntgenuntersuchung: Magen und Colonsenkung.

31. VI. 1911 Operation. Wundverlauf o. B.

19. VI. Wohlbefinden.

Nachuntersuchung: Niere unter dem Rippenbogen mobil. Pat. hat noch Beschwerden, trägt Binde.

32. Ch. A., verh. Zugeherin, 35 J., 3. Partus.

Vor $1^1/_2$ Jahren plötzlich Schmerzen in der R. Lendengegend und Uebelkeit. Seither alle 1—2 Monate derartige Anfälle meist kurz vor oder nach den menses. Im Laufe der Zeit wurden die Anfälle heftiger, dabei galliges Erbrechen. Nach einem Anfall mußte Pat. immer mehr Wasser lassen als gewöhnlich. Urin dabei meist trüb.

Status: Zart gebaut. Ernährungszustand reduciert.

Abdomen: In der R. Lumbalgegend nach vorn bis zum Rippenbogen hochgradige Druckempfindlichkeit. Resistenz, die von der Lendengegend nach unten bis etwa in die Nabelgegend reicht. Zunächst conservative Behandlung. Der Tumor wird um die Hälfte kleiner, ist kaum mehr druckempfindlich.

24. VII. 1911. Der Tumor wird wieder größer.

26. VII. Operation. Convexitätsschnitt. Ablösen der Kapsel in 2 Blättern auf 5 cm Länge.

18.—19. VIII. Schmerzanfall in der Gallenblasengegend.

21. VIII. Keine Schmerzen. Mit Binde entlassen.

Am 27. VIII. heftige Schmerzen im R. Hypochondrium. Gallenblase druckempfindlich. Diät. Eisblase.

6. IX. Keine Beschwerden.

Nachuntersuchung: Niere fest. Bis Oktober noch Gallenbeschwerden. Jetzt fast keine Beschwerden mehr. Pat. kann alle Arbeit verrichten. Keine Binde.

Zusammenfassung.

Von den, in dem Zeitraum 1896—1911 in der Münchener chirurgischen Klinik an Wanderniere operierten Patienten konnten 30 wieder ermittelt und befragt werden. Von zweien war der Erfolg der Operation nur aus Krankengeschichten, die bei dem Wiedereintritt der Patienten verfaßt wurden, zu ersehen.

Unter den Kranken befanden sich 28 weibliche, 4 männliche, also 87,5 Prozent Frauen und 12,5 Prozent Männer.

Die R. Niere war in 27 Fällen locker, beide Nieren in 3, die L. Niere allein in einem.

Hydronephrotische Erscheinungen wurden 6 mal festgestellt, einmal war damit Steinniere verbunden.

Außer den Beschwerden in der betreffenden Seite waren 7 mal Erscheinungen von seiten des Magendarmkanals, 6 mal Leber- bezw. Gallenblasenleiden, 4 mal entzündliche Reizung des Appendix vorhanden.

Neurasthenische oder hysteroneurasthenische Symptome fanden sich bei 8 Personen.

Von den Frauen haben 11 geboren, eine davon erst nach der Operation, 2 vor und nach derselben. Von den letzteren verursachte keiner die Schwangerschaft und Geburt besondere Beschwerden.

4 Frauen bringen eine ihrer Entbindungen mit dem Entstehen der Wanderniere in Zusammenhang.

Ein Trauma wurde 7 mal für die Entstehung des Leidens verantwortlich gemacht.

An den 32 Kranken wurden 41 Nephropexien (teilweise außerhalb der Klinik des Herrn Geheimrat von Angerer) ausgeführt.

Von 40 Operationen konnte der subjektive, von 30 auch der objektive Erfolg in Erfahrung gebracht werden.

Der subjective Erfolg wurde teilweise durch schriftliche Anfrage, teilweise durch mündliche Aussprache, in einigen Fällen aus der Krankengeschichte bei einem späteren Eintritt der Patienten ermittelt. Das objective Ergebnis konnte in den mit „Nachuntersuchung" bezeichneten Fällen durch persönliche Palpation festgestellt werden. Bei wiederholt vorgenommenen Nephropexien oder sonstigen, später vorgenommenen Operationen wurde der Erfolg nach den in den Krankengeschichten vorgefundenen Operationsbefunden beurteilt. Eine Diagnose stammt direct vom jetzt behandelnden Arzte. 2 mal kam eine ärztliche Aussage auf dem Umwege durch die Patienten. Da aber durch dieselben die Diagnose nicht präcis übermittelt wurde, andrerseits Mißverständnisse nicht ausgeschlossen sind, können diese Angaben nicht berücksichtigt werden.

Bei Fall 21 standen beim Wiedereintritt des Pat. Beschwerden von seiten des Appendix so im Vordergrund, daß der subjective Erfolg der Nephropexie nicht beurteilt werden konnte.

3 mal wurde wegen eintretender Complicationen die operierte Niere exstirpiert. Bei 2 dieser Fälle war die Fixation der Niere nicht zu erfahren. Der subjective Erfolg kann aus den Angaben wegen der durch die dazugetretene Affection hervorgerufenen Beschwerden nicht gerechnet werden.

Ferner werden 2 von den subjectiven Angaben und 2 von den objektiven Befunden nicht gezählt, weil die Zeit seit der Operation noch kein Jahr beträgt.

Beachtung können daher nur 34 subjective Angaben und 20 Befunde finden.

Aus den Angaben ist zu ersehen, daß 15 mal Heilung oder fast Heilung und 10 mal Besserung eingetreten ist. Mißerfolge müssen in 9 Fällen angenommen werden.

Somit stehen 25 Erfolgen 9 Mißerfolge gegenüber, prozentual 73,5 : 26,5.

Ungünstiger gestalten sich die Verhältnisse bei Betrachtung der objectiven Befunde. Hier stehen 13 Mißerfolgen 7 Erfolge gegenüber.

Procentual 65 : 35.

Als obj. Mißerfolge wurden diejenigen Fälle bezeichnet, bei denen eine directe Mobilisation festgestellt wurde. Einfacher aber fixierter Tiefstand, sowie respiratorische, also physiologische Verschieblichkeit fallen nicht unter diesen Begriff.

Bei den 7 operativen Erfolgen sind 5 subjektive zu constatieren:

Bei Fall Nr. 10 sind die noch vorhandenen Beschwerden auf ein Uterusleiden und die chronische Obstipation zu beziehen.

Bei Nr. 16 ist Besserung eingetreten. Die jetzt noch bestehenden Beschwerden sind wohl auch auf die Obstipation und ein gut Teil auf die Neurasthenie der Pat. zurückzuführen. Die Pat. Nr. 18 ist gebessert, hat auch noch ein Genitalleiden, das ihren Zustand beeinflußt.

Bei Fall 21 ist vollkommene Heilung eingetreten, allerdings erst nach einer Blinddarmoperation.

Der V. Fall (Nr. 24) ist weitgehend gebessert, hat noch, besonders bei großen Anstrengungen Beschwerden in der R. Seite. Daneben besteht Obstipation. 3 von diesen Patientinnen befinden sich mit Leibbinde wohler.

Bei Fall 27 waren trotz guter Fixation der Niere die Beschwerden nicht gewichen. Sie wurde 2 cm höher angenäht. Der Erfolg der 2. Operation mußte den negativen Resultaten zugezählt werden.

Fall 28 kam mit den alten Beschwerden nach Hause. Wegen circulärer Pylorusstenose wurde eine Pyloroplastik ausgeführt. Anfangs Besserung, jetzt der alte Zustand trotz Fixation der Niere. Pat. scheint neurasthenisch zu sein.

Trotz des negativen Operationserfolges ist bei 6 Personen ein subj. Erfolg eingetreten. Davon hat eine Pat. noch dazu einen Herzfehler und ein Uterusmyom (Nr. 3). Bei Fall 5 wurde die, durch eine 2. linksseitige Nephropexie erzielte Besserung durch die wiedergelockerte R. Niere nicht gestört. Bei Pat. Nr. 8 besteht nebenbei ein Herzfehler. Bei einer befindet sich die noch bestehende Cholelithiasis auf dem Wege einer fortschreitenden Besserung. (Nr. 13.) Bei einer andern traten nur einmal Schmerzen in der R. Nierengegend auf (15). Fall 30 hat bisweilen Anfälle von Hydronephrose, doch gibt Pat. selbst Besserung zu.

Bei den Pat. mit operativem Erfolg trat während des Wundverlaufes 2 mal etwas Secretion, 2 mal etwas Blut im Harn auf.

Während des Wundverlaufs der operativen Mißerfolge wurde einmal Gelenkrheumatismus und einmal später langdauernde Fadeneiterung, 3 mal Blut im Harn, 2 mal kürzere, einmal längere Secretion, einmal Eiterung und einmal Eiterung mit Gangrän von Fascien und Fett beobachtet.

Es könnte somit 4 mal der operative Mißerfolg auf gestörte Wundheilung zurückgeführt werden. Einmal ist eine Patientin gegen ärztlichen Rat zu früh aufgestanden.

Die operativen Erfolge können nach diesen Erfahrungen nicht als günstig bezeichnet werden. Einen Schluß, in welchen Fällen von Wanderniere man operieren soll, kann man aus unseren Krankheitsbildern auch nicht ziehen, da die geheilten Fälle keinen besonderen Typus darstellen, sondern teilweise mit den verschiedensten Symptomen auftraten.

Zum Schlusse möchte ich Herrn Geheimrat Professor Dr. von Angerer meinen besten Dank aussprechen für die Anregung und Förderung der Arbeit und für die gütige Ueberlassung der Krankengeschichten. Herrn Dr. Lexer und besonders Herrn Oberarzt Dr. Ach bin ich für die Förderung meiner Arbeit und die Unterstützung bei den Nachuntersuchungen zu großem Danke verpflichtet.

Literatur.

J. von Mering: Lehrbuch der inneren Medizin.
Toldt: Anatom. Atlas.
Corning: Lehrb. d. Topograph. Anatomie.
Prof. Dr. C. Carrè u. Dr. O. Ehrhard: Nierenchirurgie.
Casper L.: Zur Operationsmethodik der Nephropexie. Zentralbl. f. Chir. Bd. 37. p. 793.
Vetri: Ischurie bei Wanderniere. Rif. med. No. 7. Ref. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 36. p. 427.
Beck C.: Neue Methode der Nephropexie. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 98. H. 1.
Kostilivy J.: Ueber die Enderfolge der Operation der Wanderniere nach Kukula. Arch. für klin. Chir. Bd. 91 H. 1.
Lenk R.: Zur Methodik der Nephropexie. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 102. H. 1—3.
Goliet: Fixation der Wanderniere und -Leber mit Magnesiumplatten. Zentralbl. f. Chir. Bd. 35. p. 1169 u. Bd. 36 p. 22.
Kostilivy: Nephropexie nach Kukula. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 34. p. 1740.
Stiller B.: Die asthenische Konstitutionskrankheit. (Asthenia universalis congenita) Stuttgart F. Enke. (Monographie).
Farkas L.: Operation der Wanderniere mit Beschreibung eines neuen Instrumentes. Pester med. chir. Presse Bd. 41. pag. 250 ff.
Jonesku F.: Die Nephropexie. Ein neuer operat. Vorgang. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 32.
Küster: Deutsche Chirurgie Lief. 52 b. Die Chirurgie der Nieren, der Harnleiter u. der Nebennieren 1896—1902.
Völker u. Lichtenberg: Röntgenogramme von Harnblase und Nierenbecken. Centralbl. f. Chir. B. 32. p. 1398.
Döring: Beitr. z. Nierenchirurgie. Deutsche Zeitchrift f. Chir. 84, 4—6 1906.
Hofmann: Zur Technik der Nephropexie. Beitr. zur klin. Chir. 42. p. 613 1904.
Riedel: Ueber die verschobene am falschen Orte durch Verwachsungen festgelegte R. Niere. Deutsche med. Wochenschrift. 33. 41. 42. 1807.
Schmidt's Jahrbücher.
Frommel: Jahresber. über d. Fortschr. auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäk.
Voltz-Emil: Beitrag zur Frage der chir. Behandlung der Wanderniere. Inaug.-Diss.
Meyer Hans: Ueber d. R. Wanderniere und ihre Bezieh. zu den ausführenden Gallenwegen. Inaug.-Diss.
Löb Fritz: Untersuchungen über die Aetiologie der Ren mobilis. Inaug.-Diss.
Steinike Paul: Ein Beitr. z. Lehre von der Wanderniere und ihre Behandlung. Inaug.-Diss.
Ludewig Fritz: Ueber Wanderniere mit besonderer Berücksichtigung der Magen- und Darmverhältnisse. Inaug.-Diss.
Oechsle Julius: Ueber Wanderniere und deren Behandlung durch Nephropexie. Inaug.-Diss.
Bals Josef: Behandlg. der Wanderniere durch die Naht. Inaug.-Diss.
Spannaus: Nierenblutung nach Nephropexie. Schles. Gesellsch. für vaterländ. Kultur Breslau. Sitzg. vom 23. Juli 1909. Deutsche med. Wochenschrift B. 36 p. 149.

Lebenslauf.

Als Sohn des Justizrats und k. Notars Peter Osenstätter am 26. August 1886 in Augsburg geboren, besuchte ich die Volksschule in Erding, sodann das Progymnasium Schäftlarn, das k. Gymnasium in Landshut und das k. Ludwigsgymnasium in München, wo ich im Jahre 1906 das Zeugnis der Reife erlangte.

Im Herbst 1906 trat ich an die k. Universität München über, studierte hier die 5 vorklinischen Semester und bestand im Wintersemester 1909 die ärztliche Vorprüfung. Im Sommerhalbjahr diente ich im k. 1. Infanterieregiment in München mit der Waffe. Das Sommerhalbjahr 1910 war ich auf der k. Universität Kiel inskribiert. Während der andern klinischen Semester besuchte ich die k. Universität München. Hier bestand ich im Wintersemester 1911 das ärztliche Staatsexamen.

Seit 1. Januar 1912 bin ich im Krankenhaus r. d. I. München, auf der inneren Abteilung unter Herrn Prof. Dr. Sittmann als Praktikant tätig.

Peter Osenstätter, Medizinalpraktikant.